

## Sprawozdania • Reports

### Sprawozdanie z 20th Annual Miami Breast Cancer Conference

W dniach 26 lutego – 1 marca 2003 r. odbyła się w Miami 20-ta coroczna konferencja poświęcona w całości leczeniu raka piersi. W konferencji, która odbyła się w Loews Miami Beach Hotel, uczestniczyło około 2000 lekarzy, głównie ze Stanów Zjednoczonych. Na zaproszenie dr Daniela A. Osmana, przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego Konferencji, swoje doświadczenia prezentowało, oprócz wykładowców amerykańskich, także wielu gości z Europy. Obecni byli między innymi prof. R. Holland – National Expert & Training Centre for Breast Cancer Screening z Holandii, prof. A. Costa oraz dr J.Y. Petit z European Institute of Oncology w Mediolanie, dr J.M. Dixon z Edinburgh Breast Unit w Szkocji, dr K.B. Clough z Institut Curie w Paryżu. Prezentacje miało także wielu czołowych amerykańskich lekarzy – dr H.S. Cody z Memorial Sloan Kettering Cancer Center z Nowego Jorku, dr M. Morrow z Northwestern University z Chicago, prof. W.C. Dooley z University of Oklahoma, dr J. O'Shaughnessy z Breast Cancer Research z Dallas, dr J. Harris z Dana Farber Institute w Bostonie, dr M. Pegram z UCLA School of Medicine w Los Angeles, dr S.E. Singletary z MD Anderson Cancer Center, czy też V. Craig Jordan z Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center w Chicago.

Zagadnienia prezentowane na Konferencji dotyczyły wszystkich aspektów diagnostyki i leczenia raka piersi. Zwraca uwagę dalszy rozwój badań dotyczących mechanizmów molekularnych oraz badań genetycznych związanych z powstawaniem raka. Coraz większe znaczenie dla praktyki leczniczej mają dalsze badania nad ludzkim nabłonkowym czynnikiem wzrostu i jego nadekspresją w komórkach rakowych (HER2) oraz możliwość celowanej terapii przeciwciałami monoklonalnymi (trastuzumab). Podkreślana była też rola czynników wpływających na angiogenezę oraz możliwości jej hamowania.

Przedstawiono aktualizację wyników badania ATAC oraz wielokrotnie w różnych prezentacjach nawiązywano do niego, podkreślając statystycznie korzystniejsze wyniki leczenia u pacjentek z rakiem hormonododatnim, leczonych anastrozolem, w stosunku do leczonych tamoxifenem (do badania było włączonych 9366 kobiet po menopauzie, randomizowanych do 3 ramion: anastrozol 1mg/dz, tamoxifen 20 mg/dz lub kombinacja obu).

Podkreślano wielokrotnie w pracach z Royal Marsden czy MD Anderson znaczenie chemioterapii neoadjuwentowej w leczeniu oszczędzającym gruczoł piersiowy. Wiąże się z tym również problem oceny i zakresu wycięcia zmian w piersi po leczeniu – najczęściej stosowane do tej

oceny są klipsy pozostawiane w czterech wymiarach guza w piersi, przy okazji biopsji stereotaktycznej.

Prezentowano także ciekawe prace dotyczące diagnostyki wycieku z przewodów mlecznych: dotyczyły one wzernikowania przewodów mlecznych (*ductoscopy*) oraz techniki pobrania materiału do badania cytologicznego, przy użyciu płukania kanałów mlecznych (*ductal lavage*). Zwraca tu uwagę olbrzymi postęp w miniaturyzacji sprzętu diagnostycznego i precyzyjne wyniki badań w przypadku bardzo wczesnych zmian, dotyczących większych przewodów.

Bardzo duża liczba wykładów była poświęcona chirurgii raka piersi. Dominował przede wszystkim temat badania węzła wartowniczego, uznawanego obecnie jako standard w leczeniu. Wiele bardzo wartościowych prac było poświęconych różnym modyfikacjom napromienienia piersi przy leczeniu oszczędzającym. Zwraca uwagę coraz bardziej podkreślana możliwość częściowego napromieniania piersi przy użyciu różnych technik, bez radioterapii całej piersi. Nowością jest Mammosite – jest to, wprowadzany do łoży po guzie w trakcie operacji lub później, kateter z balonem, który następnie jest wypełniany 0,9% roztworem NaCl do żądanej objętości, a przez drugi kanał wprowadzane jest przy użyciu techniki *afterloading* źródło do napromieniania, techniką brachyterapii HDR. Innym sposobem jest śródoperacyjne napromienienie łoży po guzie przy użyciu śródoperacyjnego przyspieszacza elektronów (ELIOT). W podsumowującym wykładzie dr Harris przedstawił wiele wątpliwości: czy zawsze dodatkowe napromienienie łoży po guzie? czy zawsze napromienienie całej piersi? czy napromienienie częściowe nie jest porównywalne do całkowitego? Na pytania te będzie można odpowiedzieć po ukończeniu wielu randomizowanych badań, prowadzonych obecnie w Europie i Stanach Zjednoczonych.

Oryginalną metodę dotyczącą mastektomii z zaoszczędzeniem brodawki, która jest w trakcie zabiegu operacyjnego poddana napromienianiu przy użyciu przyspieszacza elektronów, przedstawił dr Petit z Mediolanu. Prezentacje dr Petit oraz dr Clough dotyczyły rozległych zabiegów, z jednoczesnym odtworzeniem piersi lub z uzupełnieniem ubytku przy leczeniu oszczędzającym; podkreślali oni także rolę chirurga wyspecjalizowanego w chirurgii piersi, zarówno od strony onkologicznej, jak i plastycznej.

Ciekawą formą prezentacji były również warsztaty, polegające na przedstawianiu wybranych przypadków klinicznych, omawianych i komentowanych przez grono eks-

pertów. Inną oryginalną formą były pytania stawiane uczestnikom po każdym wykładzie, dotyczące zalecanego postępowania w konkretnych sytuacjach, gdzie słuchacze mieli możliwość głosowania na wybrany wariant odpowiedzi. Było to natychmiast przeliczane komputerowo i wyświetlane wraz z odpowiedziami z zeszłego roku do porównania.

W podsumowaniu należy podkreślić, że organizacja Konferencji stała na bardzo wysokim poziomie. Myślę, że

tematyka zjazdu, wszechstronność, aktualność oraz przedstawienie pełnego spektrum problemów związanych z leczeniem raka piersi, jak i sposoby prezentacji, zapewniły odniesienie znacznych korzyści wszystkim uczestnikom.

**Lek. med. Robert Chmielewski**  
Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii  
Rekonstrukcyjnej  
Centrum Onkologii – Instytut  
im. Marii Skłodowskiej-Curie  
w Warszawie

## Sprawozdanie z VI Kongresu European Skull Base Society (ESBS)

Kongresy ESBS odbywają się co dwa lata. W tym roku organizatorami byli koledzy z Hiszpanii i miejsce kongresu zostało wybrane przez profesora Olivera, który został wybrany prezesem ESBS. Kongres odbył się w Terrassa/Barcelona w dniach 6-8 marca 2003 r. Był to pierwszy kongres, na którym uczestnicy z Polski wystąpili w nowej roli członków stowarzyszonych ESBS. Przedstawiciele towarzystw mających taki status tworzą Radę Europejską (European Council), stanowiącą grupę doradczą Zarządu ESBS. Oczekuje się, że Rada wprowadzi nowe formy działania towarzystwa. Przyjęto wstępne plany pracy i ustalono, że za rok odbędzie się robocze spotkanie Rady i Zarządu.

Kongresy ESBS gromadzą wielu specjalistów z krajów europejskich oraz licznych gości z całego świata. Sesje naukowe odbywały się równolegle na trzech salach przez 3 dni, dostarczając bardzo obszernego przeglądu stanu chirurgii podstawy czaszki. Od poprzedniego kongresu w Kopenhadze nie pojawiły się przełomowe odkrycia, ale przedstawiono nowe doświadczenia i poglądy. Celem sprawozdania jest krótkie omówienie wybranych zagadnień, dotyczących postępowania w nowotworach podstawy czaszki, co zapewne najbardziej interesuje Czytelników pisma o tematyce onkologicznej.

W leczeniu nowotworów podstawy przedniej jamy czaszki, a szczególnie nowotworów złośliwych sitowia i pozostałych zatok przynosowych, resekcja czaszkowo-twarzowa staje się codzienną praktyką w coraz liczniejszych ośrodkach. Profesor Raveh z Bern, pionier tej techniki, przedstawił własne doświadczenia w grupie 95 chorych z nowotworami złośliwymi. Dostęp czaszkowo-twarzowy może być kojarzony z innymi i umożliwia bezpieczne, radykalne usuwanie guzów o bardzo zróżnicowanej lokalizacji i charakterze. Wnikanie do wnętrza czaszki z przerastaniem opony twardej i naciekaniem mózgu, nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu, chociaż wyniki są nieco gorsze. Uniwersalność dostępu czaszkowo-twarzowego sprawia, że stosuje się go w leczeniu tak różnorodnych schorzeń w okolicy podstawy przedniej jamy czaszki, jak raki, oponiaki, guzy okołosiodłowe, zmiany pourazowe.

Większość uczestników kongresu stanowili neurochirurdzy i zapewne dlatego kilka sesji poświęcono leczeniu oponiaków podstawy czaszki. Leczenie chirurgiczne

charakteryzuje się bardzo zróżnicowanym stopniem trudności, od względnie prostych zabiegów w guzach rynienki węchowej czy kąta mózdkowo-mostowego do niezwykle trudnych i ryzykownych w oponiakach stoku. Profesor Al-Mefty z Little Rock reprezentował – jak zwykle – najbardziej agresywne podejście zabiegowe. W jego materiale 487 oponiaków, zajmujących zatokę jamistą oraz ponad 200 oponiaków stoku, niewątpliwie największym na świecie, wyniki są doskonałe, zarówno z punktu widzenia kontroli guza, jak i stanu czynnościowego chorych. Stosując rozległe dostępy, polegające na wykorzystaniu przestrzeni podstawy czaszki, można całkowicie usunąć nawet bardzo rozległe oponiaki. Inni mówcy, wśród których wyróżniał się Profesor Briccolo z Werony, przedstawiający materiał 135 oponiaków stoku, uważają, że radykalne usuwanie oponiaków z trudno dostępnych lokalizacji nie zawsze jest wskazane. Doświadczenie większości ośrodków wskazuje, że operacje w okolicy zatoki jamistej i stoku wiążą się z przynajmniej 40% ryzykiem powikłań. Doradzają więc u chorych bezobjawowych obserwację z regularnie powtarzanymi badaniami obrazowymi, zastosowanie metod radiochirurgicznych u chorych z bardzo dużym ryzykiem, a u pozostałych mniej agresywną i bezpieczną chirurgię, uzupełnianą radiochirurgią.

Liczne doniesienia dotyczyły problemów radykalnej resekcji złośliwych nowotworów naciekających podstawę czaszki. Profesor Donald z Sacramento przedstawił doświadczenia w grupie 179 chorych. Podkreślił bezwzględną konieczność przestrzegania onkologicznych zasad resekcji, również w okolicy podstawy czaszki. Oczywiście wiąże się to z ryzykiem i powikłania wystąpiły u 36% operowanych, a 4,5% zmarło. Profesor Saito z Nagoya przedstawił niezwykle interesujące doniesienie, dotyczące 75 chorych ze złośliwymi nowotworami, zajmującymi podstawę czaszki, które usunięto „*en bloc*” i uzyskano ponad 50% przeżyć pięcioletnich. Podejście zespołu z Nagoya jest wyjątkowe, ponieważ operują tylko chorych, u których resekcja „*en bloc*” wydaje się możliwa. Pozostali chorzy są kierowani na radioterapię i chemioterapię. Z powodu względnie złych doświadczeń z całkowitą resekcją zatoki jamistej, do operacji nie są kwalifikowani chorzy, u których nowotwór dochodzi do tętnicy szyjnej wewnętrznej lub ją otacza. U około 10% operowanych badania wycin-

ków brzeżnych i/lub preparatu wykazują nieradykalność resekcji i wówczas – jeżeli tylko jest to możliwe – poszerza się jej zakres.

Dużo doniesień dotyczyło technik rekonstrukcji, stosowanych w chirurgii podstawy czaszki. Jest to zawsze przedmiot kontrowersji pomiędzy ośrodkami dążącymi do pełnej, jednoczasowej rekonstrukcji wszystkich ubytków, a ośrodkami stosującymi rekonstrukcję tylko w zakresie zapewniającym bezpieczeństwo i zagojenie rany. Pierwsze podejście daje lepsze wyniki czynnościowe i kosmetyczne. Drugie pozwala dużo łatwiej i dokładniej ocenić miejscowy stan onkologiczny oraz uniknąć problemów związanych z pobraniem przeszczepu. Zastosowanie w praktyce klinicznej znajdują bardzo liczne nowe materiały, charakteryzujące się lepszą tolerancją i integracją z otoczeniem. Bardzo ciekawe doniesienie przedstawił profesor Oberascher z Salzburga. Jego zespół po raz pierwszy zastosował w praktyce klinicznej zmienione *in vitro* chondrocyty, które dodawano do wiórków kostnych, umieszczonych pomiędzy dwiema wchłanialnymi płytkami, w celu wypełnienia ubytku kości czaszki. Aktywność chondrocytów powoduje powstawanie pełnowartościowej kości i zdaniem autorów zaprezentowana technika powinna zastąpić wszystkie inne. Niewątpliwie jest jeszcze za wcześnie, by ocenić jej wartość. Profesor Laedrach przedstawił przegląd stosowanych w Bern technik rekonstrukcji czaszkowo-twarzowych. Zespół ten wykazał, że do rekonstrukcji nawet bardzo dużych ubytków opony twardej wystarczają dwie warstwy powięzi szerokiej i że rekonstrukcja części kostnych podstawy czaszki nie jest konieczna. Natomiast wielką wagę przykładą się do rekonstrukcji kości tworzących kontur twarzy. W chirurgii podstawy czaszki można z bardzo dobrym efektem stosować liczne płaty miejscowe, takie jak okostnowy, z mięśnia skroniowego, niepełnej grubości kość pokrywy czaszki, płat z przegrody nosa, poduszka tłuszczowa policzka. Większość ośrodków chirurgii podstawy czaszki używa płatów z mikrochirurgicznym zespoleniem naczyń dość rzadko i głównym wskazaniem są resekcje połączone z dużym ubytkiem skóry twarzy. Nieliczne ośrodki stosują płaty mikrochirurgiczne rutynowo.

Kilka sesji poświęcono postępowaniu u chorych z osłoniakami nerwu przedsionkowego. Kontrowersje w tym schorzeniu koncentrują się wokół wskazań do leczenia i roli radiochirurgii. Coraz powszechniej przyjmuje się, że początkowe postępowanie w osłoniakach bezobjawowych lub powodujących tylko objawy ze strony słuchu powinno polegać na obserwacji i powtarzanych badaniach obrazowych. Znaczna część osłoniaków – być może około 40% – nie rośnie i nie wymaga żadnego leczenia. Wśród rosnących są takie, które powodują objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego i wówczas istnieją pełne wskazania do operacji, oraz takie, które powodują tylko pogorszenie słuchu, gdzie decyzje dostosowuje się do indywidualnej sytuacji chorego. Naturalny przebieg tego nowotworu bardzo utrudnia ocenę roli metod radiochirurgicznych, które stają się bardzo popularne z powodu powszechnego mniemania o ich nieszkodliwości. Wyspecjalizowane ośrodki otoneurochirurgiczne są zdecydowanie

przeciwne szerokiemu stosowaniu radiochirurgii i wykazują, że wyniki leczenia chirurgicznego są lepsze. Wydaje się jednak, że dla większości chorych to raczej radiochirurgia staje się pierwszym sposobem leczenia, a operacje będą wykonywane u chorych z dużymi osłoniakami i w niepowodzeniach leczenia napromienianiem.

Obecność Polaków – w odróżnieniu od kongresu w Kopenhadze przed 2 lata – była bardzo ograniczona. Tym niemniej wielokrotnie podkreślano, że Polskie Towarzystwo Chirurgii Podstawy Czaszki ma przypuszczalnie najwięcej członków w Europie. Następny kongres – w Fuldzie w 2005 roku – będzie bliżej Polski i trzeba mieć nadzieję, że uczestnictwo Polaków będzie odbiciem stale rosnącej aktywności polskiego Towarzystwa.

**Doc. dr hab. med. Romuald Krajewski**  
Klinika Nowotworów Głowy i Szyi  
Centrum Onkologii-Instytut  
im. Marii Skłodowskiej-Curie  
w Warszawie